

Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos

Aguirre Álvarez AA,¹ Martínez Lemus H,¹ Núñez Orozco L¹

RESUMEN

Antecedentes: En el DSM-IV los trastornos somatomorfos incluyen: trastorno de somatización, somatomorfo indiferenciado, de conversión, por dolor, hipocondría, dismórfico corporal y somatomorfo no especificado. **Objetivo:** Describir las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes en pacientes con trastornos somatomorfos que frecuentemente constituyen serios problemas de diagnóstico, para conocer los factores que influyen o se relacionan con la presencia de estos síntomas y mejorar el conocimiento sobre este tipo de padecimientos entre los médicos. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo parcial en el que se revisaron expedientes con diagnóstico de trastornos pseudoneurológicos pertenecientes a hospitalización de este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del Departamento de Neurología Adultos, en el periodo del primero de marzo del 2002 al primero de junio del 2004. Fueron en total 33 pacientes referidos a este Hospital a los que se les realizaron estudios de gabinete y laboratorio de acuerdo con la sintomatología. Se excluyeron los pacientes no hospitalizados y los que a pesar de haberse sospechado un trastorno no orgánico se demostró que sí existía. **Resultados:** De los 33 casos captados de marzo de 2002 a junio de 2004, 29 eran mujeres (87.94%) y cuatro eran hombres (12.1%), ($P < 0.0001$). Siete (21.2%) se dedicaban a la docencia, seis (18.2%) al hogar, cinco (15.2%) eran secretarías y cuatro (12.1%) eran médicos; 21 (63.6%) casados y ocho (29.2%) solteros. Las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes fueron las crisis pseudoepilépticas en 15 pacientes (45.5%), movimientos anormales en cuatro (12.1%), y alteraciones de la marcha en cuatro más (12.1%). De los 15 pacientes con pseudocrisis, a 12 (80%) se les realizó tomografía axial computarizada, a 13 MVEEG y a 14 EEG convencional. Se describieron todos los signos pseudoneurológicos que pueden orientar a que se trata de un trastorno somatomorfo. **Conclusiones:** El conocimiento de las manifestaciones pseudoneurológicas es importante para que los neurólogos tengamos una idea clara de cómo sospechar estos diagnósticos, identificarlos y referirlos a quien corresponde para que reciban un tratamiento adecuado. La sistematización de los síntomas y aparentes signos que se encuentran en este grupo de pacientes, permitirá realizar un abordaje más adecuado y evitará gastos innecesarios para su estudio. **Palabras clave:** trastornos somatomorfos, trastorno de somatización, somatomorfo indiferenciado, hipocondría, dismórfico corporal, somatomorfo no especificado.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(6): 480-487

Pseudoneurologic features in patients with somatomorphic disorders

Background: According to the DSM-IV, somatomorphic disorders include: somatization, indifferently somatomorphic disorder, conversion, pain, hypochondriasis, body dysmorphic and non specified. **Objectives:** To describe the most frequent pseudoneurological features in patients with somatomorphic disorders that often constitute diagnosis challenges, in order to identify the factors that influence or are related to the appearance of symptoms. Another objective, is to improve the knowledge of this type of disorders among the physicians. **Material and method:** This is an observational, descriptive partially prospective, transversal. We reviewed the medical records of patients discharged with the diagnosis of pseudoneurological disorders from march 1st 2001 to May 31st of 2004. They were 33 patients submitted to different paraclinical studies as CT scan, MRI, EEG depending the symptomatology, to discard organic pathology, or having an organic disease, it was impossible to correlate the symptomatology. We excluded non hospitalized patients or those with the possible diagnosis of pseudoneurological disorders that finally had a demonstrated organic disease. **Results:** 33 cases, 29 females (87.94%) y 4 males (12.1%) ($P < 0.0001$). 7 (21.2%) were teachers, 6 (18.2%) housekeepers, 5 (15.2%) secretaries y 4 (12.1%) physicians: 21 (63.6%) were married and 8 (29.2%) single. The more frequent neurological features were: pseudoepileptic seizures in 15 patients (45.5%), abnormal movements in 4 (12.1%); gait disorders in 4 (12.1%). The 15 patients with pseudoseizures. 12 (80%) had CT scan, 13 VEEG and 14 EEG. The pseudoneurological signs were described. **Conclusions:** The knowledge of the features that lead to the suspicion of somatomorphic disorders is very important for neurologists in order to identify the real disorder and refer the patient to the adequate specialist to prescribe an appropriate treatment. Systematization of clinical features and apparent signs that are found in this type of patients will allow to achieve an appropriate approach and will avoid unnecessary expenses for the study of the cases. **Key words:** Somatomorphic disorders, somatization disorder, indifferently somatomorphic disorder, hypochondriasis, body dysmorphic, unspecified somatomorphic.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(6): 480-487

1. Servicio de Neurología. Servicio de Psiquiatría.
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, Cd. de México.

Correspondencia: Dra. Lilia Núñez Orozco
San Francisco No. 1384, Torre B, 7º piso. Col. del Valle. C.P. 03100. Del. Benito Juárez. México, D.F. Tel.: 5575-9312. Tel. y fax: 5559-9833.
Tel. CMN 20 de Noviembre: 5500-5003, ext. 14292, 5200-3474. Tel. y fax: 5500-3452. Correo electrónico: lillianuor@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales, en todas las sociedades se ha pensado que hay muchos individuos con problemas mentales que no están psicóticos ni son débiles mentales,¹ y algunos de ellos parecen estar enfermos de trastornos físicos.

Freud es considerado como "el neurólogo que fue sustituido por el psicólogo", ya que fue quien por primera vez, en forma abierta y pública, relacionó los trastornos neuróticos con problemas psicológicos de fondo.²

Los pacientes con manifestaciones pseudo-neurológicas con cuatro o más síntomas asociados como ansiedad severa, dolores somáticos, etc., tienen incremento en la comorbilidad psiquiátrica por lo que es de vital importancia hacer un diagnóstico oportuno para llevar al paciente con psicopatología a un tratamiento temprano.³

Actualmente el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) define los trastornos somatomorfos o somatoformes como trastornos psiquiátricos, caracterizados principalmente por síntomas que sugieren una alteración física (somatomorfos), en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos y que, a diferencia del trastorno facticio o de simulación, no se hallan bajo el control voluntario.⁴

Los desórdenes somatomorfos son caracterizados por la utilización de los servicios de salud o seguros de altos niveles de atención por parte de los pacientes, pero contradictoriamente hay una evidente inseguridad y desconfianza hacia el personal que los atiende, lo cual conduce a serios problemas de relación médico-paciente, a diferencia del resto de los pacientes con otras enfermedades.³

En el DSM-IV los trastornos somatomorfos incluyen: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado.⁴

Trastorno de somatización

Inicialmente descrito como histeria, hace al menos 4,000 años y probablemente conceptualizado en Egipto, el trastorno de somatización ha sufrido a lo largo del tiempo muchas modificaciones, incluyendo la descripción de Paul Briquet en 1859 en su monografía *Traité Clinique et Therapeutique Y l'Hystérie*.⁵

El trastorno de somatización tiene como principal característica la presencia de múltiples síntomas

físicos (polisintomático que afecta a varios sistemas orgánicos), y que dan lugar a la búsqueda de asistencia médica o a un deterioro social o laboral significativo.⁴

En la histeria clásica (trastorno de somatización) hay una incidencia muy alta de incompatibilidad marital, separación y divorcio, trastornos menstruales, sexuales y de procreación que llevan a síntomas que no encajan completamente en patrones reconocibles de enfermedades médicas y quirúrgicas.

Las preguntas en cuanto a la queja principal llevan a una respuesta vaga, la narración de una serie de incidentes o problemas que no tienen ninguna importancia para la pregunta, no recuerdan bien las fechas, aun de los sucesos más importantes de sus síntomas. La incongruencia del afecto o la "bella indiferencia" es notable (actitud tranquila hacia alguna enfermedad y lo que parecen signos físicos incapacitantes), y se considera una característica importante de esta enfermedad, así como la juvenil e infantil coquetería "seductora".¹

Dentro de los síndromes histéricos especiales están dolor, vómitos, convulsiones, trances y fugas histéricas, parálisis, marcha y temblores, ceguera, amnesia, hiperpirexia inexplicable, dermatitis facticia (dermatoneurosis histérica).

La histeria en varones se relaciona más con situaciones legales, del servicio militar o a compensaciones por incapacidad, pensiones de veteranos o económicas postraumas.¹

Hay tres características útiles para diferenciar entre el trastorno de somatización y las enfermedades físicas:

1. Afectación de múltiples sistemas orgánicos.
2. Comienzo precoz y curso crónico, sin que aparezcan signos físicos correspondientes a anomalías estructurales.
3. Ausencia de las alteraciones características del trastorno físico sugerido.

Trastorno somatomorfo indiferenciado

Está más relacionado con el trastorno depresivo y de ansiedad (cumpliendo criterios), que el de somatización, y el tratamiento se basa en psicoterapia y antidepresivos.⁴

Trastorno de conversión

Sus características consisten en la presencia de síntomas o déficit no producidos intencionalmente, que afectan a las funciones motoras o sensitivas y que, a pesar de sugerir la existencia de un trastorno neurológico o de una enfermedad médica general, el efecto de una sustancia o un comportamiento o experiencia culturalmente normales, no quedan totalmente explicados por

estas causas. Los síntomas no se producen en una forma intencionada a diferencia de los trastornos de simulación o ficticios.⁴

Los síntomas pueden ser incoordinación, pérdida del equilibrio, parálisis o parestias localizadas, temblor, dificultad para la deglución o nudo en la garganta (bolo histérico), afonía y retención urinaria; los síntomas sensoriales son alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil o dolorosa, diplopía, ceguera y sordera, así como convulsiones como componente mixto y movimientos anormales.

Las escasas publicaciones en relación con los movimientos anormales psicógenos son casi exclusivamente de la última década, motivo por lo que es difícil encontrar especialistas neurólogos que tengan amplia y extensa formación sobre el tema, aunque últimamente en los hospitales escuelas se trata de incluir este importante tema a la hora de la formación del médico residente.⁶

Es más frecuente encontrar los movimientos anormales psicógenos en forma de hipercinesia (temblores, etc.), que en forma de hipocinesia (parkinsonismo, etc.).⁷

No hay ningún marcador biológico o prueba paraclínica que nos permita una exactitud diagnóstica, además de que puede coexistir un movimiento psicógeno, más uno orgánico en un mismo paciente y esto dificulta mucho el diagnóstico.⁶

Los movimientos anormales psicógenos no están asociados a daño orgánico, y pueden ser derivados de causas psicológicas o psiquiátricas en muchos de los casos.⁷

El problema diagnóstico en el trastorno de conversión no estriba sólo en que los síntomas de conversión sugieran procesos neurológicos o afecciones médicas generales, sino en evitar que tales enfermedades se diagnostiquen erróneamente de conversión.

Estos pacientes tienen a menudo antecedentes de alteraciones o abusos sexuales.⁴

Hipocondría

La hipocondriasis (neurosis hipocondriaca) es la preocupación mórbida por las funciones corporales o los signos y las sensaciones físicas, que da por resultado tener miedo a una enfermedad grave.¹

Los griegos atribuyeron este nombre a trastornos de las vísceras situadas por debajo del apéndice xifoides, de ahí el término hipocondría.⁴

Se estima que el 85% está asociado a otra enfermedad mental como depresión, esquizofrenia o neurosis y sólo el 15% es primaria.¹

En un estudio multicéntrico de la OMS se encontró hasta un 0.8% de prevalencia global.⁸

Trastorno dismórfico corporal

Se define como la preocupación por algún defecto físico imaginario o la inquietud exagerada por una anomalía física menor, y debe causar deterioro sociolaboral clínicamente significativo.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con la anorexia, la depresión, y el trastorno obsesivo-compulsivo.

El 75% no llega a casarse y los que lo hacen terminan en divorcio.

Trastorno somatomorfo no especificado

Es la verdadera categoría residual de los trastornos somatomorfos, o sea, aquéllos trastornos en que nos queda duda que sean o encajen en las otras definiciones por no cumplir con los criterios establecidos.⁴

Aunque aún hay diferencias entre el DSM-IV y el CIE-10, se sigue luchando por tener una nomenclatura universal que poco a poco se ha ido logrando.⁴

Trastorno facticio

Se caracteriza por una elaboración intencionada de signos o síntomas patológicos para ser considerado como "enfermo" o "paciente", que causan un grado significativo de morbimortalidad. Los síntomas son creados conscientemente y tienen una ganancia secundaria material.

El prototipo es el síndrome de Münchhausen en honor del Barón Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen, creador de relatos exagerados de aventuras y proezas deportivas y militares.

Son pacientes que inventan historias médicas falsas o manipulan los instrumentos médicos como los electrodos cardiacos o termómetros, se autolesionan, se autoinoculan agentes microbianos, se inyectan insulina o toman hormonas tiroideas, entre otros.

El 74% de los pacientes tuvo tensiones sexuales o maritales antes del desarrollo de los síntomas.⁴

Trastorno facticio por poderes

La madre inventa enfermedades a su hijo bebé, el cual tiene hasta un 10% de mortalidad, y una larga morbilidad por los múltiples estudios y tratamientos efectuados.⁴

Simulación

El DSM-IV no lo considera un trastorno mental o una enfermedad psiquiátrica.

Se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo,

obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal, u obtener drogas.

Hay conciencia del fingimiento intencionado de los síntomas.⁴

Los simuladores parecen guiarse por una doble estrategia para poder llegar a su objetivo como son la "combinación de síntomas" y su "severidad", sin importar ni poder discernir por su falta de conocimiento si son síntomas neuróticos o psicóticos, por lo que terminan haciendo una combinación de ambos, lo que nos ayuda a discernir si es un simulador o un enfermo ya que no pueden coexistir ambos síntomas.⁹

REPORTE DEL ESTUDIO

El Servicio de Neurología del C.M.N. 20 de Noviembre recibe muchos pacientes con este tipo de problemas, los cuales se sospechan clínicamente y se les descarta patología orgánica después de muchos exámenes.

La finalidad de este estudio es describir las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes en pacientes con trastornos psicógenos para realizar un diagnóstico temprano; así como conocer los factores que influyen o se relacionan con la presencia de estos síntomas. Un objetivo adicional es mejorar el conocimiento sobre este tipo de padecimientos en los médicos residentes del Servicio de Neurología de este C.M.N., ya que pocas escuelas ponen énfasis en estas patologías.

Conocer el perfil que tiene este tipo de pacientes, cuáles son las manifestaciones más frecuentes y sus características, permitirá considerar estos cuadros como diagnóstico diferencial y tener las bases para referirlos a tercer nivel evitando así los estudios innecesarios con una reducción del costo final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo parcial en el que se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de trastornos somatomorfos, atendidos en hospitalización del Departamento de Neurología Adultos de este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en el periodo comprendido del primero de marzo del 2002 al primero de junio del 2004; fueron en total 33 pacientes que acudieron a este C.M.N. por referencia de otros hospitales, algunos con diagnóstico de enfermedad neurológica y otros como trastornos pseudoneurológicos. A todos se les realizó una historia clínica completa con mayor enfoque neurológico y psiquiátrico hecha por los servicios respectivos, se repitió la exploración neurológica en varias ocasiones y algunos casos se filmaron con el consentimiento verbal de los pacientes. Se les realizaron algunos de los siguientes estudios de acuerdo

con lo que se consideró necesario en su momento: biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, citoquímico y pruebas inmunológicas en líquido cefalorraquídeo, tomografía axial computarizada de cráneo, resonancia magnética cerebral o medular, electromiografía, velocidades de neuroconducción, potenciales evocados, electroencefalograma, videoelectroencefalograma, y otros.

El diagnóstico final se hizo en consenso entre los dos servicios (Neurología y Psiquiatría), después de haber descartado una causa orgánica o de haber encontrado una causa orgánica asociada a una de estas enfermedades, basados en las descripciones de éstas, reportadas en la literatura.

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a hospitalización, y en quienes se confirmó al final de la misma que se trataba de una manifestación pseudoneurológica al descartar una causa estructural, al no encontrar una relación clínico-anatómico-radiológica o por otros estudios, así como quienes sí tenían una enfermedad neurológica de base pero cumplían criterios clínicos y psiquiátricos para pensar que tenían una manifestación pseudoneurológica asociada a su enfermedad.

Se excluyeron aquellos pacientes que no pertenecieran al Servicio de Neurología de este Centro Médico Nacional, que no fueran hospitalizados, o en los que se confirmara que no era una manifestación pseudoneurológica.

Los resultados de los estudios en líquido cefalorraquídeo, de los estudios de neurofisiología y los de imagen fueron revisados por expertos en la materia.

En algunos casos se utilizó placebo (al cual se le denomina en el servicio Tetracloruro de rutenio, nombre que se les proporciona a los pacientes que preguntan qué se les aplica), para tratar la manifestación pseudoneurológica o inducir pseudocrisis.

Métodos estadísticos

1. Estadística descriptiva.

- Medidas de resumen estadístico (media, mediana y moda).
- Medidas de dispersión (rango, desviación estándar y percentiles).
- Tablas de contingencia divariada.
- Gráficas de barras, de dispersión.

2. Estadística inferencial.

- Pruebas de independencia χ^2 : no corregida, Mantel-Haenszel, corregida y exacta de Fisher.

Tabla 1
Ocupación

Ocupación	n	%	Cum
Ama de casa	6	18.2	18.2
Secretaria	5	15.2	33.3
Enfermera	3	9.1	42.4
Trabajo oficina	4	12.1	63.6
Estudiante	3	9.1	54.5
Maestro	7	21.2	84.8
Médico	4	12.1	97.0
Desempleado	1	3.0	100.0
Total	33	100.0	

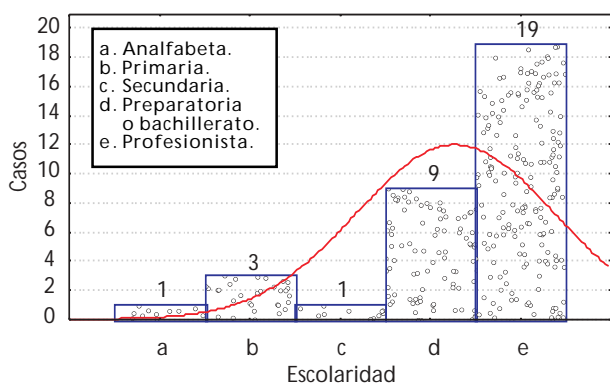


Figura 1. Grado de escolaridad. Histograma para la escolaridad.

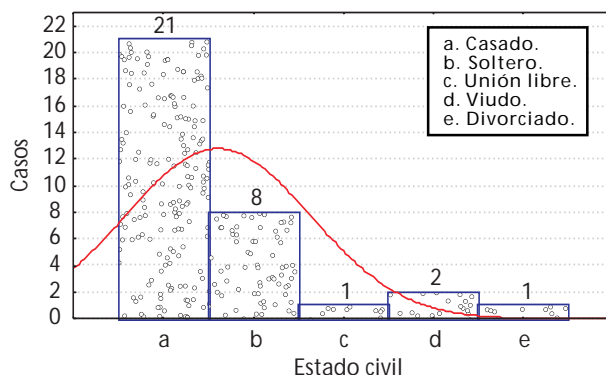


Figura 2. Estado civil. Histograma para estado civil.

RESULTADOS

De los 33 casos captados de marzo de 2002 a junio de 2004, 29 eran mujeres (87.94%) y cuatro eran hombres (12.1%) con una prueba de Z de 5.912 ($P < 0.0001$). La edad promedio fue de 36.788 años, con una mínima de 15 y una máxima de 60 años de edad, con una desviación estándar de 11.258. En relación con su ocupación se encontró que siete (21.2%) se dedicaban a la docencia, seis (18.2%) al hogar, cinco (15.2%) eran secretarías, y cuatro (12.1%) eran médicos (Tabla 1). La escolaridad se resume en la figura 1, y el estado civil en la figura 2.

En cuanto al nivel socio-económico se observó que de los 33 pacientes analizados, 14 (42.4%) eran de nivel medio bajo, y 15 (45.5%) eran medio alto; 21 (63.6%) pacientes eran casados y ocho (24.2%) eran solteros.

De los 33 pacientes a seis (18.2%) se les dio placebo y el 100% de éstos respondió como medicamento eficaz, cumpliendo con la finalidad con la que se administró.

Las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes fueron las pseudocrisis con 15 pacientes (45.5%), cuatro (12.1%) con movimientos anormales y cuatro (12.1%) con alteraciones en la marcha (Figura 3).

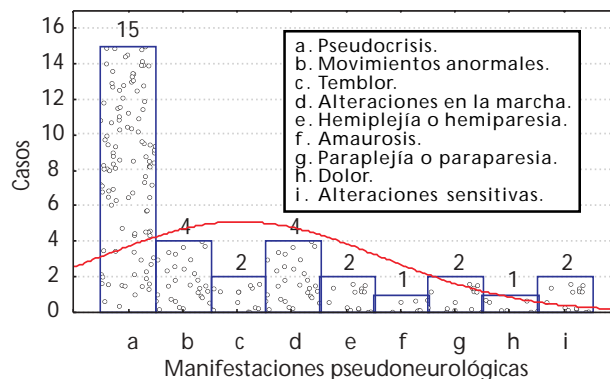


Figura 3. Tipo de manifestación pseudoneurológica. Histograma para las manifestaciones pseudoneurológicas.

En la relación entre la manifestación pseudoneurológica y el sexo, se observó que de los cuatro casos masculinos que hubo, dos (13.3%) estuvieron en los 15 casos de pseudocrisis, uno tenía alteraciones de la marcha y el último alteraciones sensitivas.

Cuadros clínicos

Durante la revisión llamó la atención que en la mayoría de los casos, el inicio del relato del cuadro clínico lo empiezan con dolor de cabeza o lo refie-

ren tarde o temprano en alguna etapa de la evolución y es de tipo vascular, tensional o mixto. No dan fechas exactas del inicio de sus síntomas, se revuelven y confunden todo, incluso los mismos síntomas. Los datos clínicos observados que nos sugieren manifestaciones pseudoneurológicas se describen a continuación.

Pseudocrisis

1. Antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o de haber sido víctimas de abuso sexual.
2. Hiperventilación antes o durante la crisis, así como prueba de hiperventilación positiva para desencadenar los eventos, y relación constante con situaciones de estrés.
3. Respuesta a un placebo como "inductor" de crisis.
4. Hiperextensión y flexión de la cabeza y las cuatro extremidades en ángulos exagerados.
5. Movimientos de hiperextensión y flexión del tórax.
6. Movimientos de rotación y/o negación de la cabeza y de rotación de las cuatro extremidades. Golpear el colchón o a las personas que están alrededor durante el evento.
7. No golpearse durante los eventos con ninguno de los objetos contiguos o agarrarse de los mismos durante las crisis.
8. Respuesta a órdenes verbales durante el evento.
9. Imposibilidad de abrirles los ojos durante el evento.
10. Respuesta pupilar normal, no cianosis ni alteración en los reflejos osteotendinosos.
11. Escuchar y recordar todo lo sucedido.
12. Dolor durante el evento.
13. Ausencia de correlación clínica con el EEG durante el evento.
14. Duración muy prolongada de los eventos.

Movimientos anormales

1. Siempre imitan algo ya conocido como serruchar, brincar, etc.
2. El ritmo del su movimiento se modifica al sentarse o distraerse o incluso se elimina.
3. Movimientos de contorsión de todo el cuerpo.
4. Respuesta a placebo.
 5. Balanceo de todo el cuerpo hacia adelante y atrás, a veces sí hay.
6. Rigidez cambiante.
7. Tienden a estar verborreicos, tratan de distraer al explorador.

Temblor

1. El temblor cefálico puede ser como decir sí, pero exagerado.

2. El temblor en las extremidades es rítmico en las cuatro, puede ser incluso como abrir y cerrar el compás, cuando es de una extremidad, si uno pone al paciente a que haga otro movimiento rítmico, el temblor psicógeno toma el ritmo del temblor nuevo, cosa que no pasa con un temblor orgánico.
3. Pueden responder a placebo aunque menos que en las otras manifestaciones.

Alteraciones de la marcha

1. Se relacionan con alteraciones sensitivas sin distribución anatómica.
2. Ampliación en la base de sustentación, con lateropulsión indistinta.
3. Marcha bamboleante, como si se fueran a caer pero no caen.
4. Cambios frecuentes en el patrón de la marcha.
5. Capacidad de brincar normalmente, lo hacen como un lactante (un pie enseguida del otro); capacidad de realizar sentadillas.
6. Normalización de la marcha al apoyar un dedo del explorador en la espalda o el hombro.
7. Marcha robótica.

Problemas motores

1. Pueden tener antecedentes de parálisis de un hemicuerpo o de las dos extremidades inferiores que remitieron espontáneamente al 100%.
2. Tono, reflejos osteotendinosos y respuesta plantar normales.
3. Resistencia cambiante al explorar la fuerza.

Amaurosis

1. Casi siempre es súbita, de segundos de duración inicialmente.
2. Se relaciona con cefalea vascular o tensional.
3. No sufren accidentes.
4. Los reflejos pupilares son normales, así como los estudios neurofisiológicos y el fondo de ojo.
5. Puede o no haber alteraciones en la campimetría, generalmente visión tubular.

Dolor

1. El dolor es intratable, no responde a tratamiento convencional, excepto a veces a antipsicóticos o antidepresivos.
2. Puede combinarse con otras manifestaciones pseudoneurológicas.
3. A veces el dolor, sobre todo cuando es de cabeza, responde a placebo.

Alteraciones sensitivas

1. Las alteraciones sensitivas son cambiantes invariablemente.
2. Hay variantes de explorador y explorado, no hay una distribución anatómica.
3. Puede haber alteraciones sensitivas en bandas o parches.

Estudios realizados

A nueve pacientes se les solicitaron ocho estudios, y a siete pacientes seis, de los 14 estudios diferentes que se solicitaron a los 33 casos. El número de estudios solicitados en relación con el número de pacientes se muestra en la figura 4.

De los 15 pacientes con pseudocrisis, a 12 (80%) se les solicitó tomografía axial computarizada, a 13 se les realizó VEEG y a 14 EEG convencional.

En la figura 5 se muestra el diagnóstico psiquiátrico final, y en la figura 6 los factores desencadenantes del cuadro pseudoneurológico. De los 33 casos captados, 29 pacientes (87.9%) fueron referidos a la consulta externa de Psiquiatría, y sólo 20 (60.6%) continuaron el tratamiento.

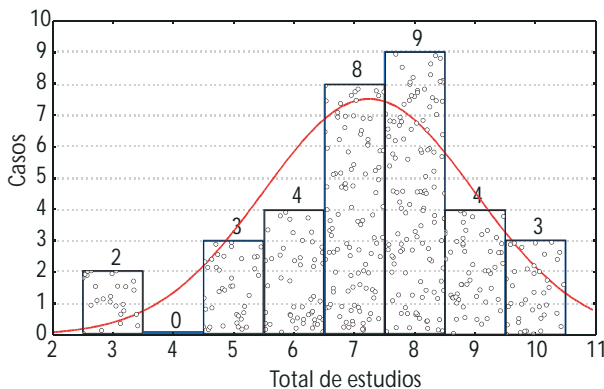


Figura 4. Número de estudios realizados en relación con el número de pacientes. Histograma total de estudios = 33 * 1 * normal (x, 7.242424, 1.75054).

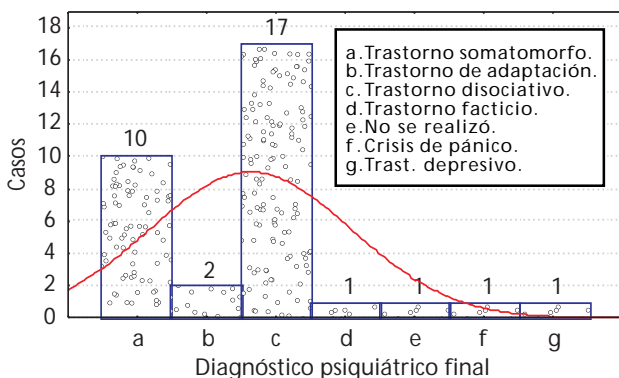


Figura 5. Número de pacientes y diagnóstico psiquiátrico final. Histograma para diagnóstico psiquiátrico final.

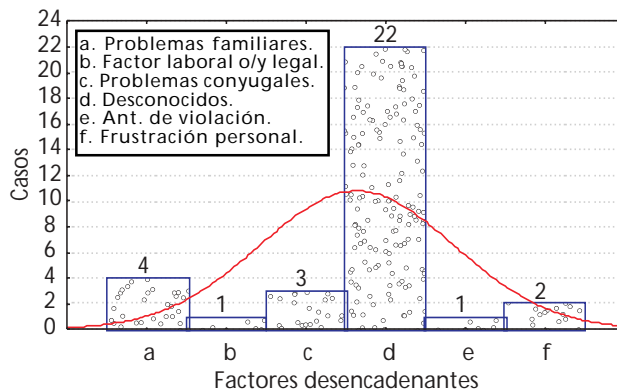


Figura 6. Histograma para factores desencadenantes.

DISCUSIÓN

En el estudio se observó que las manifestaciones pseudoneurológicas son más frecuentes en mujeres que en hombres, siendo la edad media los 36 años.⁹ Estos trastornos ocurren más frecuentemente en personas casadas que solteras;⁹ y hubo un alto número de pacientes con educación profesional y que se desempeñan en su trabajo, aunque este hallazgo podría depender del tipo de población que atiende nuestra institución, que en su mayoría son profesores o empleados administrativos y por tanto su nivel socioeconómico es medio o mayor.

El placebo fue una indicación que no se dio en todos los pacientes, por lo que este dato no aporta mucha información, excepto que hay una gran respuesta favorable en estos pacientes a diferencia del efecto placebo esperado en pacientes con enfermedades orgánicas, cuya respuesta favorable esperada es no mayor del 30%.^{4,6,7}

La manifestación más frecuente fue la pseudocrisis en un 45% de los casos revisados.

Se observó un 26% con temblor y un 26% en movimientos anormales, que suman un 53% a diferencia de lo encontrado en la literatura.^{1,4} De los 14 tipos de estudios paraclínicos solicitados a estos pacientes, el mayor número realizado fue de ocho en nueve pacientes, en relación con la necesidad de demostrar sin lugar a dudas la ausencia de organicidad, ya que algunos pacientes tienen demandas legales en contra de instituciones o médicos que les atendieron previamente.

Vale la pena comentar que enfrentar a estos pacientes a su diagnóstico psiquiátrico no es tarea fácil, pero muchos de ellos lo toman muy positivamente, aceptando que el área de especialidad que les corresponde es la psiquiátrica.^{1,2,4,9}

De los trastornos psiquiátricos finales, encontramos que el trastorno disociativo es de los más

relacionados con las manifestaciones pseudo-neurológicas y así está descrito en la literatura.^{1,4}

El segundo diagnóstico fue el trastorno somatomorfo, del cual observamos que en nuestro estudio resultó el doble (33%) de lo descrito en la literatura (16%).¹⁰

No fue posible determinar los factores desencadenantes en todos los casos, pero es de esperarse que conforme avance el tratamiento psiquiátrico se establezcan con mayor precisión.

El análisis de este tipo de casos es de utilidad para los especialistas tanto de Neurología como de Psiquiatría, pues los problemas de diagnóstico suelen corresponder finalmente a este grupo de padecimientos y lamentablemente, si no se consideran en el diagnóstico diferencial, significan consultas interminables que no conducen a ningún tratamiento específico, y sí a conflictos entre los pacientes y sus médicos tratantes.

CONCLUSIONES

1. Las manifestaciones pseudoneurológicas son un problema diagnóstico.
2. La historia clínica y la exploración neurológica son la base del diagnóstico.
3. Es necesario realizar estudios paraclínicos que demuestren la falta de organicidad.
4. El enfrentamiento del paciente con su diagnóstico es indispensable para detener las múltiples referencias de estos pacientes por diversos servicios.

5. Es indispensable el trabajo en equipo entre neurólogos y psiquiatras.

REFERENCIAS

1. Murice V, Allan H. Ropper Adams y Victor's Principles of Neurology. 7ª Ed. The McGraw-Hill; 2002, p. 1483-504.
2. Guerra-Cid LR. Problemas taxonómicos en la patología psicósomática. *Interpsiquis*; 2004.
3. Interian A PhD, Gara. The value of pseudoneurological symptoms for assessing psychopathology in primary care. 2004; 66(1): 141-46.
4. Hales RE, Stuart C, Yudofsky JA, Talbott. *DSM-IV tratado de psiquiatría*. Tomo 1. 3ª Ed. Masson; 2001, p. 663-729.
5. Mazzuca R. Los excesos de la histeria. *Interpsiquis*; 2004.
6. Del Val-Gurutz-Linazzasoro LJ. Trastornos del Movimiento. 2ª Ed. Masson; 2002, p. 119-29.
7. Madhavi T, Jankovic J. Psychogenic Movement Disorders: Diagnosis and Management. *CNS Drugs* 2004; 18(7): 437-52.
8. Galdar MG, López-Ibar JJ, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo 2. 2003, p. 1114-238.
9. Barsky AJ. The patient with hypochondriasis. *N Engl J Med* 2001; 345(19): 1395-399.
10. De Waal, et al. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry* Jun 2004; 184: 470-76.
11. Waller E, Dipl Psych et al. Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal of Nervous and mental Disease* 2004; 192(3): 200-9.
12. Stone, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 241-5.

